

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ВОПРОС О ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВА И КОРРЕКЦИИ ЛЕЧЕНИЯ

Козловский И. В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Е. Е. Гогин сделал акцент на значении артериальной гиперреактивности артерий, которая формируется в результате изменений условий жизни и труда людей. Автор оценил плюсы и минусы различных подходов к классификациям ГБ. Пролонгированное лечение представляет собой хронический лекарственный эксперимент, который до конца не изучен. Ставились задачи: 1) изучить реакцию больных на наиболее широко используемые гипотензивные препараты и 2) уточнить некоторые механизмы гипертонических кризов на фоне длительного лечения гипотензивными препаратами.

Под наблюдением было 195 больных ГБ II-III степени с риском осложнений II-III. Мужчин было 98, женщин – 97. Возраст – 40-80 лет. Больные обследованы клиническими, инструментальными (рентгеноскопия и графия грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца и почек), лабораторными клиническими и биохимическими методами (исследование белка, холестерина и др.).

В зависимости от характера лечения выделены три группы: I) 90 больных, которые получали β -адренолитиками (атенолол), II группа – 60 человек получали лечение блокаторами Са каналов (верапамил), III группа – 45 больных, леченных препаратами ангиотензин-превращающего фермента (АПФ, диротон, лизиноприл,). АД контролировалось ежедневно, а у 60 больных (по 20 из каждой группы оно измерялось до приема лекарства и через 2 часа после приема). При статистической обработке показателей АД получены $M \pm \sigma \pm s_x$ (средние, среднее квадратичное отклонение, ошибка выборочности).

На 3-4-е сутки и в конце лечения гипотензивные препараты вызвали достоверное снижение АДс (систолического) и АДд (диастолического $p > 0,01$). Изменения были почти равными (АДс изменилось в пределах 12-20 %, АДд – 1-5%). АДс приблизилось к показателям у людей контрольных групп, АДд изменилось в меньшей степени.

У 21 (23 %) больного I группы, 10 (17 %) – II группы и 3 (7 %) больных III группы в процессе лечения имели место эпизоды повышения АД до 210/100 мм рт. ст. Средние изменения АД в этих случаях были в I группе – $184 \pm 0,84 / 93 \pm 0,70$, во II группе – $187 \pm 0,84 / 92 \pm 0,80$, в III группе – $180 \pm 1,70 / 94 \pm 3,80$ мм рт. ст.

Ни одно из применяемых лекарств не вызывало стойкое выравнивание АД на целевом уровне. Гипертонические кризы имели место у 34 человек (17,5 %). Причина кризов у 2/3 больных связывалась с состоянием депрессии, нарастанием признаков страха смерти, осложнений гипертонической болезни.

Таблица 1

Субъективные изменения, наступившие под влиянием лечения гипотензивными препаратами (результаты в начале и конце лечения).

Признаки	I группа		II группа		III группа	
	Начало	Конец	Начало	Конец	Начало	Конец
Головная боль	70	30	50	5	20	1
Боль в области сердца	68	8	40	1	20	2
Слабость	50	20	32	20	28	-
Аритмии сердца	53	3	27	1	12	-
Запоры	2	10	3	1	2	-
Тошноты	-	30	-	20	-	1
Сонливость	19	25	15	25	10	1
Коллапсы	3	-	1	-	-	-

Повышения АД у больных, которые систематически принимали гипотензивные препараты с известными механизмами действия, свидетельствовали о недостаточной их изученности. Для выравнивания АД использовались препараты сложного состава или добавлялись диуретики. Известны комбинированные препараты, например, АПФ с диуретиками (Энап Н и Энап NL), Калбета (атенолол и нифедипин, β -блокатор и блокатор ионов Са), Вискальдикс (атенолол и клопамид). Диуретики и нитроглицерин хорошо устраняют повышение АД, если оно возникает внезапно.

Вопросы лечения кратковременных повышений АД сопряжены с лекарственной гипотензией. Дело в том, что увеличение дозы «базового» препарата (например, атенолола) вызывает резко выраженную слабость и снижение трудоспособности на 6-12 часов. Вместе с тем

нарастают признаки депрессии и страха. Поэтому не всегда целесообразно применять препараты, используемые в качестве базисной терапии и назначать их продолжительное время.

В таблице 2 показано АД людей двух возрастных групп (K1 – до 59 лет и K2- старше 60 лет). Имеется значительное, достоверное различие ($P > 0,01$). Наши данные совпадают с данными других авторов, особенно геронтологов.

Таблица 2

Изменения показателей АДс и АДд под влиянием лечения.

Показатель А – в начале лечения, В – на 3-е сутки лечения

Группы	Измерения	АД систолическое	АД диастолическое	Р
I	А	153±3,73±0,41	73±4,10±0,46	>0,01
	В	145±4,11±0,44	69±7,80±0,83	
II	А	178±3,90±0,49	78±2,60±0,38	>0,01
	В	142±4,17±0,56	72±3,32±0,41	
III	А	166±4,80±0,71	80±2,40±0,39	>0,01
	В	147±2,90±0,44	69±2,70±0,38	
K1		120±3,20±0,71	75±3,20±0,71	
K2		135±7,10±0,30	80±3,20±0,71	

При наличии эффективных гипотензивных средств, вопрос о лечении ГБ окончательно не решен. Представляет интерес факт, что разные по механизмам действия на человека препараты вызывали примерно равное изменение клинических признаков, если не учитывать побочного влияния лекарств (тошноты, запоры). Исследователей интересует проблема, связанная с перестройкой нервно-эндокринной регуляции сосудистого тонуса в процессе лечения и в свете роли эндотелина, который пока не умеем определять (Н. Новикова, Suvaldi).

Выводы.

1. Гипотензивные препараты с различными механизмами действия вызывают у больных близкие эффекты и почти равное снижение АДс и АДд.

2. У 17,5 % больных, леченных длительное время гипотензивными препаратами, наблюдаются повышения АД и у части больных – лекарственные гипотонии, что отражает лабильность гипотензивного эффекта.

Литература:

1. Гогин Е. Е. Учение о гипертензии в трудах отечественных клиницистов. Врач. 2005, - 8. – 5-10.

2. Новикова Н. Дисфункция эндотелия – новая мишень медикаментозного воздействия при сердечно-сосудистых заболеваниях Врач. 2005, - 8. – 53.

3. Suvaldi J F R. at al Long-term follow up of patients with mild coronary artery disease and endothelial dysfunction. Circulation. 2000, - 101, 948-954.